

Patienten-Name:	Wie können wir Sie telefonisch erreichen? Festnetz: _____ Mobil: _____
------------------------	---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Patient,
um Ihre Erkrankung besser behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen einige
Angaben. Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen vor dem Gespräch mit dem Arzt
auszufüllen

Seit wann ist Ihre Zuckerkrankheit bekannt? Gibt es in Ihrer Verwandschaft weitere Diabetes-Fälle: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	Ihre aktuelle Größe: _____ cm Ihr aktuelles Gewicht: _____ kg
Waren Sie bei der Entdeckung des Diabetes übergewichtig? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Haben Sie seit der Diabetesdiagnose <input type="checkbox"/> abgenommen: _____ kg <input type="checkbox"/> zugenommen: _____ kg <input type="checkbox"/> Gewicht unverändert
Wegen welcher Beschwerden kommen Sie heute zu uns?	Leiden Sie unter: <input type="checkbox"/> vermehrtem Durst <input type="checkbox"/> häufigem Wasserlassen <input type="checkbox"/> Sehstörungen <input type="checkbox"/> Sonstige Beschwerden: _____

Ihre bisherige Diabetesbehandlung

Haben Sie bereits an Diabetes-Schulungen teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Nein, noch nie <input type="checkbox"/> Ja: Wann? _____ Wo? _____	
Wie schätzen Sie Ihre Kenntnisse zur diabetesgerechten Ernährung ein?	<input type="checkbox"/> Ich kenne mich gut aus <input type="checkbox"/> Ich habe mich noch nicht mit dem Thema befasst <input type="checkbox"/> Ich müsste hierzu noch ergänzende Informationen haben	
Nehmen Sie Tabletten gegen den Diabetes ein? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Name der Tabletten: _____	Dosis: _____
Haben Sie Diabetestabletten nicht vertragen oder aus anderen Gründen nicht weiternehmen können?	Tablettenname: _____	Aufgetretene Probleme: _____
Wird Ihr Diabetes mit Insulin behandelt? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit _____	Insulin-Name _____ Menge (Einheiten): _____
Hatten Sie im letzten Monat Unterzuckerungen? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ mal im letzten Monat	Symptome: _____
Kontrollieren Sie Ihre Blutzuckerwerte selbst?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wie häufig? _____ /Woche _____ /Tag Mit welchem Gerät? _____

Folgeerkrankungen

Sind bei Ihnen Folgen des Diabetes aufgetreten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	An welchen Organen ? <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Nerven <input type="checkbox"/> Sexualfunktionsstörungen <input type="checkbox"/> Andere: _____	Seit wann?
Wann war die letzte Untersuchung beim Augenarzt ?	Ergebnis? <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> Sonstiges	Datum der Untersuchung:
Hatten Sie bereits:	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Bypassoperation <input type="checkbox"/> Eingriffe an den Herzkranzadern <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Bein-Durchblutungsstörungen	Wann?
Familiäre Krankheiten	Herzinfarkt/Schlaganfall: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	
Liegen sonstige Risikofaktoren für die Gefäße vor:	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Blutfett-Erhöhung	Seit:
Weitere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schlafapnoe <input type="checkbox"/> Allergien: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	Name:	Dosis:
Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____	Wann?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja, seit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein, nicht mehr seit:	Wieviel Zigaretten pro Tag?
Wurden bei Ihnen in den letzten 4 Monaten untersucht	<input type="checkbox"/> Blutwerte (z.B. Cholesterin, Nierenwerte) <input type="checkbox"/> HbA1c-Wert <input type="checkbox"/> Fußpulse <input type="checkbox"/> Stimmgabeltest <input type="checkbox"/> Ultraschall der Bauchorgane	
Familienstand	<input type="checkbox"/> Allein lebend <input type="checkbox"/> Kinder im Haus	<input type="checkbox"/> Mit Partner lebend
Beruf		
Sportliche Aktivitäten		